

THÈSE

329

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée par

Marthe CHEINISSE-WERTHEIMER

née le 11 mars 1903, à Paris

ancienne interne des Hôpitaux de Paris

La Mortalité dans les Nourriceries de l'Hospice des Enfants-Assistés en 1929 et en 1930

Travail de la Clinique Parrot, Hospice des Enfants-Assistés,

Service du Professeur Lereboullet

Président : M. le Professeur LEREBoullet

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée par

Marthe CHEINISSE-WERTHEIMER

née le 11 mars 1903, à Paris

ancienne interne des Hôpitaux de Paris

La Mortalité dans les Nourriceries de l'Hospice des Enfants-Assistés en 1929 et en 1930

Travail de la Clinique Parrot, Hospice des Enfants-Assistés,
Service du Professeur Lereboullet

Président : M. le Professeur LEREBoullet

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1931



LE DOYEN M BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N. LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie mentale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphi graphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
DEMÉLIN	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, prof'	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL HALLÉ	Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a
arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui
lui seront présentées, doivent être considérées comme pro-
pres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur GILBERT (*in memoriam*).

M. le Professeur LEMIERRE.

M. le Docteur HALLOPEAU (*in memoriam*).

M. le Docteur GUINON (*in memoriam*).

M. le Docteur HALBRON.

INTERNAT PROVISOIRE

M. le Docteur WEISSENBACH 1925-1926

INTERNAT

M. le Docteur LESAGE 1927

M. le Professeur CADENAT 1927

M. le Professeur JEANSELME 1928

M. le Docteur TZANCK 1928

M. le Docteur HALBRON 1928-1929

M. le Professeur LEREBoullet 1929

M. le Docteur DARRE 1930

M. le Professeur Jean HUTINEL

M. le Docteur Marcel LELONG

qui nous ont aidée à préparer l'internat.

A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS
A MON PERE ET A MA MERE
A MON MARI

A M. LE PROFESSEUR LEREBoullet

Professeur d'Hygiène et de Clinique
de la première enfance

Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés

*Hommage de reconnaissance pour
son enseignement qui nous a été pré-
cieux, pour la bienveillance qu'il n'a
cessé de nous témoigner pendant notre
internat aux Enfants-Assistés, pour
l'aide si utile qu'il nous a apportée dans
la mise au point de ce travail, inspiré
par lui.*

*En le remerciant de l'honneur qu'il
nous fait en présidant cette thèse.*

A M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

*l'un de nos premiers maîtres dans les
hôpitaux, à qui nous devons tant, et
dont nous ne pourrons pas oublier la
bienveillance qui ne s'est jamais dé-
mentie.*

*Hommage de profonde reconnais-
sance.*

A M. LE DOCTEUR HALBRON

*qui fut pour nous, avant et pendant
notre internat, le maître le plus indul-
gent, nous donnant toujours l'exemple
de la bonté souriante et du bon sens
clinique.*

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'étude que nous avons poursuivie et que nous exposons dans ce travail nous a été inspirée par notre maître le Professeur Lereboullet, au cours de notre séjour à la Clinique Parrot, aux Enfants-Assistés. Les deux nourriceries Parrot et Billard, où sont groupés les enfants débiles et les nourrissons malades au-dessous d'un an, constituent en effet un groupement de près de quatre-vingts tout-petits, qui permet d'observer la morbidité et la mortalité du premier âge, de juger des progrès accomplis depuis quelques années, et d'apprécier les efforts qui restent encore à faire.

Voici, dans cet ordre d'idées, le but de nos recherches :

Déterminer, pendant deux années consécutives, la mortalité de chaque nourricerie, en précisant aussi exactement que possible les circonstances et la cause de chaque décès.

Puis comparer cette mortalité actuelle à celle que l'on relevait antérieurement, ce qui permet, disons-le tout de suite, de se rendre compte des grands progrès accomplis.

Mais surtout déterminer l'effort qui reste à faire,

en précisant pour chaque décès dans quelle part il aurait pu être évité par une organisation meilleure ou mieux comprise, ou par une prophylaxie appropriée; faire, en somme, dans cette mortalité globale, la part de ce qui est inévitable, et de ce qui peut et doit diminuer.

Nous rappellerons d'abord les conditions défectueuses dans lesquelles sont forcément placés les enfants des nourriceries. De tous temps, la mortalité y a été considérable; on sait combien est difficile et décevant l'élevage en commun des nourrissons, même bien portants; à plus forte raison celui des enfants malades ou débiles. L'histoire des crèches hospitalières l'a maintes fois démontré. Aux Enfants-Assistés en particulier, le recrutement des nourriceries est formé en très grande partie par les enfants abandonnés, prématurés ou débiles, que l'on y garde pendant la période la plus menacée et la plus fragile, jusqu'à ce qu'ils aient atteint trois kilogrammes.

A ces débiles viennent s'ajouter des enfants abandonnés de moins d'un an, dont l'état de maladie ou les malformations exigent des soins continus et empêchent le placement d'emblée.

A ces enfants viennent enfin s'ajouter ceux qui sont temporairement mis en dépôt, et qui présentent des troubles morbides nécessitant également des soins. Bref, ne sont admis aux nourriceries que des débiles et des nourrissons malades.

C'est donc dans des conditions en apparence parti-

culièrement défavorables que sont groupés ces nourrissons. Et pourtant, la mortalité des deux nourriceries, actuellement tombée, nous allons le montrer, à 10 à 11 %, est bien différente de celle qui, dans ces mêmes locaux, fut jadis observée.

Il n'est pas sans intérêt, avant d'aborder le sujet même de notre étude, de rappeler quels étaient autrefois les résultats d'une telle hospitalisation.

Nous ne remonterons pas à l'histoire lointaine des enfants abandonnés, telle qu'elle a été maintes fois contée, notamment par notre maître le Professeur Lereboullet. Rappelons seulement que c'est en 1552 qu'une première maison fut fondée par l'évêque de Paris pour les nouveaux-nés abandonnés, sur le port Saint-Landry, non loin de l'Hôtel-Dieu. C'était la « Maison de la Couche ». « En cette Maison de la Couche, écrit le Professeur Lereboullet, une veuve et deux servantes s'occupaient des soins des trouvés. Le nombre en était grand, les ressources minimes, les soins rudimentaires (on se bornait à calmer les cris avec des narcotiques). Aussi les enfants mouraient-ils en foule dans la Maison de la Veuve, qui devint bien vite la Maison de la Mort. Avec ceux qui ne succombaient pas, un commerce régulier d'enfants s'était établi ».

C'est en 1638 que Vincent de Paul, ayant visité cette Maison de la Couche, épouvanté de ce qu'il y voit, se décide à intervenir, et avec le concours de Mlle Le Gras et de ses dames de Charité, fait « un essai des

Enfants-Trouvés ». Et peu à peu, grâce à son dévouement et à son esprit d'organisation, il réussit, malgré toutes les difficultés morales et matérielles, à mettre sur pied la première œuvre d'assistance publique aux enfants trouvés.

Malheureusement, cette œuvre, devenue en 1670 rouage officiel de l'Assistance Publique, ne donnait guère de meilleur résultat que la Maison de la Couche Saint-Landry. En 1670 en effet, « sur 423 enfants amenés à la Couche, 302 furent mis en nourrice, et des 121 restant, il en mourut 118 à la Maison, trois seulement survécurent ».

Le procès-verbal de la visite en 1706 de l'archevêque de Paris, cardinal de Noailles, relate « qu'il a trouvé bien peu de jour, ressenti beaucoup de mauvaises odeurs; que dans la chambre des nourrices, il a vu quatre lits dans un petit espace pour recevoir quelquefois trente ou quarante enfants qui sont les uns sur les autres et dans un état digne de compassion ».

En 1758, sur 5.012 enfants, 1470 mouraient en attendant à l'hôpital leur nourrice et 2.270 mouraient en nourrice.

En 1772, on notait encore 2.650 morts sur 7.676 admis.

En 1790, Louis XVI vint lui-même visiter les Enfants-Trouvés avec la Reine et le Dauphin. C'est à ce moment pour l'œuvre une période de prospérité. Pourtant, la mortalité était encore considérable : « Deux

tiers au moins, écrit La Rochefoucault-Liancourt, succombent dans les premiers mois, et dans ces deux tiers, trois cinquièmes avant d'être donnés aux nourrices. Cette prodigieuse mortalité s'attribue particulièrement au mauvais état dans lequel la plupart de ces enfants, fruit de la débauche et de la misère, sont apportés à l'hôpital; une maladie contagieuse, presque toujours existante dans cette maison, connue sous le nom de muguet, et dont ces enfants guérissent peu, en enlève beaucoup encore. Enfin ces enfants restent quelquefois des semaines, des mois entiers sans nourrice, réunis en grand nombre dans les mêmes salles et cette dernière cause de mort n'est sans doute pas la moins funeste. « La syphilis ajoutait d'ailleurs ses ravages à ceux du muguet et de l'encombrement, et souvent des nourrices étaient contaminées par des « enfans gastés ». C'est pourquoi, en 1780, Louis XVI crée pour les enfants hérédosyphilitiques l'hospice de Vaugirard. La mortalité y est encore considérable. De 1780 à 1793, M. Lafabrègue relève 1397 morts sur 1621 enfants hospitalisés. Il est vrai que « l'usage fréquent dans l'alimentation de crème de pain au lait, de crème de pain au gras, d'eau rougie qu'on nomme tisane vineuse, d'eau gommée qu'on appelle looch, ne devait pas peu contribuer à la mortalité infantile ».

D'ailleurs Parrot a signalé, lorsqu'il fit l'histoire de la nourricerie dont nous allons nous occuper, les difficultés des tentatives d'élevage en commun des nourris-

sons. Nous nous sommes reportés aux textes de Desessartz et de Raulin auxquels il fait allusion, et qui ne manquent pas d'intérêt historique. Voici l'exemple cité par Desessartz :

« Un magistrat dévoué tout entier aux devoirs de citoyen, recommandable à tous égards, et spécialement par son zèle, que rien ne pouvoit ralentir, pour tout ce qui a trait au bonheur public, entreprit, il y a près de cinquante ans [le traité de Desessartz est de 1760] de faire nourrir les enfans avec du lait de vache. Il en rassembla plusieurs dans une maison voisine de Paris, et destinée à cet usage; sa tendresse paternelle veilloit scrupuleusement à ce qu'ils ne manquassent de rien, et l'on ne pouvoit se refuser, en visitant cette maison, à des sentimens d'admiration et de respect pour celui qui en étoit le fondateur et le gouverneur. Si le succès ne répondoit pas à son zèle, à ses dépenses et à ses peines, ce qui malheureusement ne fut que trop vrai, on ne doit en imputer la cause qu'aux défauts que nous avons reprochés au lait des animaux comme nourriture des enfans surtout nouveau-nés. L'essai que ce respectable citoyen a fait, et ceux qu'on a tentés infructueusement depuis, sont de nouvelles preuves qui confirment nos raisonnemens, et donnent un plus haut degré de certitude à la vérité établie en cet article, que le lait de femme extrait des mamelles par l'enfant lui-même est le seul qui lui convienne ».

Et de même Raulin dans son Manuel de « la Con-

servation des enfans » rapporte la malheureuse tentative qui fut faite à Rouen :

« On choisit à Rouen, pour l'essai qu'on y fit, une maison isolée, hors de la ville, exposée au midi; il y avoit une grande cour ombragée par des tilleuls, très propre à promener les enfans dans les beaux jours. On pratiqua dans la maison deux salles l'une au-dessus de l'autre, elles étoient toutes les deux percées de plusieurs fenêtres, au sud et au nord. Ces salles étoient fraîches dans la belle saison, et on avoit soin de les tenir échauffées pendant l'hiver. On plaça quinze enfans dans chacune... On ne leur donnoit pendant huit jours que du lait coupé avec plus ou moins d'eau de fontaine... au bout de huit jours, on donnoit aux enfans de la bouillie faite avec le lait et la farine, ils en prenoient trois fois par jour, et de plus dans les intervalles tout le lait qu'ils paraissoient demander... A trois ou quatre mois, leur boisson ordinaire étoit du cidre doux et quelquefois de l'eau sucrée...

Cet essai de nourriture fut fait sur 132 enfans du 15 septembre 1763 au 15 mai 1765. Il n'en restoit alors que 13 vivants... Bientôt après, il en mourut 8, de sorte que vers la fin de la seconde année d'après l'essai, il n'en restoit que 5 ».

Cette mortalité effrayante : 127 enfans sur 132, s'explique par la nourriture des enfans : cidre doux, bouillies trop précoces, et lait donné sans discernement dès que l'enfant réclamait.

La situation restait presque aussi lamentable dans les nourriceries des Enfants-Assistés au siècle suivant, et pour s'en rendre compte, il n'y a qu'à lire le tableau qu'en traçait Hutinel, rappelant le moment où il était interne de Parrot :

« Oh, cette infirmerie des Enfants-Assistés, avec ses deux salles orientées au nord, toujours sombres et lugubres, séparées par une office où se cuisinait l'athrepsie, et longées par un couloir où sévissait la rougeole, quel souvenir j'en ai gardé ! Les nourrissons y étaient placés côte à côté, dans des berceaux trop rapprochés, les plus légèrement atteints à côté des plus malades, sans qu'aucune sélection fût essayée. La même cuiller, à peine essuyée, servait à examiner toutes les gorges ; le même thermomètre, vaguement nettoyé à un coin de tablier, passait d'un rectum dans un autre, la literie n'était jamais désinfectée ; les draps étaient blancs mais les matelas gardaient la souillure des déjections... Le lait contenu dans des brocs ouverts à toutes les poussières, séjournait dans une office située au centre même des salles, où, du matin au soir, il recevait l'ensemencement des germes qu'un balayage à sec soulevait plusieurs fois par jour. Il n'était pas question de stérilisation, à peine de propreté.

Si l'enfant criait, et cela lui arrivait souvent car il souffrait, on lui préparait une sucette. La religieuse de service avait, à cette intention, du biscuit écrasé dans une de ses poches. Elle y plongeait une main rarement

lavée, elle en retirait une pincée de miettes qu'elle plaçait dans un chiffon de toile à cataplasme traînant sur une table, et dont elle faisait un nouet. Ce nouet était trempé dans un pot à confitures, à demi-rempli d'un julep gommeux, exposé à tous germes, qu'on renouvelait seulement quand il était à peu près épuisé. La sucette ainsi confectionnée était introduite dans la bouche de l'enfant qui la tétait avidement et cessait de crier; mais qu'absorbait-il, le malheureux? Bientôt le muguet apparaissait, un muguet virulent, tenace, que nous ne connaissons plus, puis des vomissements et de la diarrhée. Le poids baissait de plusieurs centaines de grammes par jour, et le drame de l'athrepsie se déroulait, lent ou rapide, suivant les cas et suivant les saisons. L'été, en douze heures, un enfant était transformé. Le matin, il était rose et frais; le soir, il était bleuâtre, refroidi et moribond; il était *tourné*, disaient les religieuses, qui, d'instinct, assimilaient cette évolution à une fermentation ».

Parrot toutefois avait tenté un effort pour améliorer l'hygiène des nourrissons, pour la plupart hérédo-syphilitiques, confiés à ses soins. Il avait, avec le concours de M. Michel Moering, obtenu l'édification d'une nourricerie spéciale où il pouvait élever au lait d'ânesse ses petits malades. Son histoire est relatée dans la thèse de M. Venizelos, et nous ne la refaisons pas ici. Bornons-nous à constater que les résultats ne furent guère plus brillants, et que la mortalité de 26 % qu'obtint un moment Parrot ne se maintint pas. Le problème de

l'hospitalisation des nourrissons malades n'était pas résolu.

Wins en 1884 étudie dans sa thèse l'allaitement des enfants à la nourricerie des Enfants-Assistés, il constate une mortalité variant de 39 à 82 %.

Nicolle, élève de Sevestre, recherche dans sa thèse de 1891 les résultats obtenus à la nourricerie Parrot pendant ses dix premières années de fonctionnement. Aux statistiques des premières années, relativement favorables, puisque Wins a pu noter 39 % de mortalité, il oppose cet argument que les enfants ne faisaient à la nourricerie qu'un assez court séjour, et partaient bien souvent mourir à la campagne. Dans sa statistique, il tient compte autant que possible des résultats éloignés, et arrive à ce pourcentage qui se passe de commentaire : la mortalité des trois dernières années aurait été

72 %

82 %

87,5 %!

Aussi ses conclusions sont-elles bien pessimistes. Nous citerons deux de ses phrases :

« Malgré les conditions plus favorables d'hygiène et d'allaitement, dans lesquelles sont placés les nouveaux syphilitiques, malgré les soins intelligents et dévoués dont ils sont entourés, malgré l'isolement que l'on pratique autant que faire se peut dans la crainte des maladies

contagieuses, on a et on aura toujours à la nourricerie une mortalité considérable ».

« L'ensemble des tableaux que nous avons dressés démontre une chose évidente : c'est que la mortalité à la nourricerie augmente d'une façon véritablement effrayante; il semble que plus on veut améliorer, moins on a de résultats ».

Il est juste de noter que ces réflexions concernent des nourrissons syphilitiques.

Bientôt, le pavillon Parrot apparaît trop grand pour le petit nombre d'enfant syphilitiques. Il est alors divisé en trois parties, correspondant à chacun des trois corps de bâtiment :

l'une reste réservée aux syphilitiques;

une autre aux infections cutanées non syphilitiques;

la troisième aux infections strepto-staphylococciques.

En 1900, Hutinel, frappé de l'immense mortalité chez les prématurés, et trouvant à Parrot des conditions hygiéniques meilleures que dans les autres pavillons, affecte la nourricerie aux prématurés. Les résultats ne se font pas attendre, ils sont excellents et Delestre, étudiant dans sa thèse de 1901 inspirée par Hutinel, la mortalité des prématurés, a pu arriver au chiffre de 15 %. Delestre passe en revue les infections du prématuré, recherche les moyens de les éviter, et nous pouvons trouver nombre de conseils utiles dans cet ouvrage sur lequel nous aurons l'occasion de revenir en étudiant notre mortalité chez les prématurés débiles.

Cette mortalité moindre ne semble pas s'être maintenue bien longtemps. Nous citons quelques chiffres rapportés par Mouquot dans sa thèse :

en 1910.....	50.44 %
en 1911.....	50.78 %
en 1913.....	48 %
en 1914.....	49.61 %
en 1915.....	43.69 %
en 1916.....	44.80 %
en 1917.....	46.53 %
en 1918.....	50.69 %
en 1919.....	44.63 %

La mortalité était donc voisine de 50 % à l'arrivée du Professeur Marfan (1920). Comment aurait-il pu en être autrement, avec l'insuffisance du personnel, l'encombrement, le petit nombre des nourrices ?

L'organisation intelligente et méthodique du Professeur Marfan contribua beaucoup à diminuer la mortalité. Jusqu'en 1924, les nourrices de l'hospice des Enfants-Assistés étaient des nourrices au sein dont le propre enfant était placé en nourrice. Aussi les appelait-on « nourrices sans enfants ». Marfan obtint de mettre dans les nourriceries des nourrices au sein avec leur enfant. Pour éviter tout danger de contamination, ces nourrices ne mettent jamais au sein l'enfant assisté. Leur lait est recueilli en présence d'une infirmière dans un récipient stérilisé, et donné ensuite aux débiles. Cette orga-

nisation, qui n'a pas changé, donne toute satisfaction, puisque l'enfant de la nourrice n'est pas séparé de sa mère, que la mortalité des débiles diminue, et qu'il n'y a pas de contamination syphilitique. Aussi, dans les deux nourriceries qui dès lors existèrent (nourricerie Parrot, et nourricerie Billard, créée par Marfan) les résultats devinrent d'année en année plus encourageants, comme le montre le tableau suivant de mortalité :

1919.....	46
1920.....	49
1921.....	24
1922.....	35
1923.....	30
1924.....	21
1925.....	15,4
1926.....	19
1927.....	14,7
1928.....	15,9

Après Marfan, la lutte contre la mortalité continue dans le service du Professeur Lereboullet. Des services d'isolement sont créés ou agrandis pour recevoir tous les douteux. La diphtérie du nourrisson est dépistée par desensemencements systématiques et enrayée comme nous le verrons.

Tout cet exposé de l'histoire de la nourricerie Parrot n'était pas inutile pour faire comprendre le problème

toujours actuel de l'élevage des enfants en nourricerie.

Nous ne sommes plus au temps où, selon la phrase de Sevestre, la mortalité des nourrissons était « fatale, inéluctable ». Et l'on peut espérer que, peu à peu, la mort de ces enfants deviendra l'exception.

LA MORTALITE DES NOURRICERIES

BILLARD ET PARROT

Nous abordons maintenant le sujet même de notre étude, la mortalité des nourriceries Billard et Parrot.

Elles comptent actuellement, l'une 43 lits, l'autre 30. Elles reçoivent les enfants dont nous avons parlé, et certains d'entre eux y font un séjour de très longue durée, limité naturellement à l'âge d'un an, mais qui peut se prolonger de six à onze mois. On peut donc considérer qu'il s'agit, non d'hospitalisation temporaire, mais pour beaucoup d'un véritable séjour à l'hôpital.

Nous avons étudié la mortalité de novembre 1928 à novembre 1930. Nous avons recherché pour chaque décès la cause probable, nous attachant surtout à enquêter sur ceux qui paraissent liés à l'hospitalisation des enfants en nourricerie.

C'est pourquoi, tout en tenant compte dans notre statistique des enfants décédés le jour de l'entrée ou le lendemain, nous les avons séparés dans cette étude. Ce sont des morts qu'on ne peut imputer à la nourricerie elle-même. Mais nous avons essayé de suivre quelques

enfants après leur sortie du pavillon, et nous avons tenu compte, dans la mesure du possible, des décès qui se sont produits dans d'autres pavillons (après passage aux douteux ou en médecine) voire même dans d'autres hôpitaux lorsque les enfants étaient transportés dans des services de contagieux.

De plus, nous avons cherché à établir, dans le même laps de temps, la raison de l'hospitalisation de tous les entrants. Et nous avons pu ainsi rapporter approximativement, pour chaque cause de mortalité, le nombre de décès au nombre total d'enfants traités.

NOTA. — Les chiffres que nous obtenons diffèrent légèrement de la statistique officielle, que nous reproduisons plus loin.

Ces différences tiennent, d'une part à ce que nous étudions la mortalité de novembre à novembre et non de janvier à janvier; d'autre part et surtout au fait que nous défalquons les décès des deux premiers jours de l'entrée. Aussi, pour permettre les comparaisons, donnerons-nous également le chiffre de mortalité, compte tenu de ces mortalités précoces.

PARROT NOVEMBRE 1928-NOVEMBRE 1929

Nombre d'enfants existant en novembre 1928 : 27

Mois	Entrants	Décès
existant déjà	27	
Novembre	19	2
Décembre	24	2
Janvier 1929	30	2
Février	30	5
Mars	27	2
Avril	23	2
Mai	33	0
Juin	14	3
Juillet	21	1
Août	27	5
Septembre	23	3
Octobre	17	1
	315	28

+ 11 morts dans les 48 heures de l'entrée.

Pourcentage : 28 décès sur 315 8,9 %

En tenant compte des morts des deux pre-
miers jours 12,3 %

DÉTAIL DES DÉCÈS

Broncho-pneumonies	7
Diarrhées graves et troubles digestifs	6
Syphilis	3
Tuberculose	4
Débilité congénitale	3
Infection cutanée	1
Mort subite chez un rachitique	1
Méningite otitique	1
Branchiome	1
Coqueluche	1

PARROT NOVEMBRE 1929-NOVEMBRE 1930

Nombre d'enfants existant en novembre 1929 : 26.

Mois	Entrants	Décès
existant déjà	26	
Novembre	21	4
Décembre	24	3
Janvier 1930	22	6
Février	24	4
Mars	38	1
Avril	23	3
Mai	22	1
Juin	21	2
Juillet	31	1
Août	22	4
Septembre	20	1
Octobre	14	0
	308	30

+ 4 morts dans les 48 heures de l'entrée.

Pourcentage : 30 décès sur 308 9,7 %

En tenant compte des morts des deux pre-
miers jours 11 %

DÉTAIL DES DÉCÈS

Infections pulmonaires	13
dont 10 broncho-pneumonies	
Troubles digestifs	4
Tuberculose	2
Débilité congénitale	2
Infection cutanée	2
Malformations congénitales	2
Melœna du nouveau-né	1
Débilité, ictère grave	1
Phlegmon	1
Rougeole	1
Méningite à pneumocoques	1

BILLARD NOVEMBRE 1928-NOVEMBRE 1929

Nombre d'enfants existant en novembre 1928 : 25.

Mois	Entrants	Décès
existant en salle	25	
Novembre	30	1
Décembre	34	5
Janvier 1929	32	2
Février	32	5
Mars	38	2
Avril	41	7
Mai	43	2
Juin	33	7
Juillet	34	2
Août	42	7
Septembre	25	2
Octobre	42	2
	451	44

+ 9 morts dans les 48 heures de l'entrée.

Pourcentage : 44 décès sur 451 9,7 %

En tenant compte des morts des deux premiers jours 11,7 %

DÉTAIL DES DÉCÈS

Broncho-pneumonies	12
Diarrhées graves	7
Syphilis	4
Tuberculose	2
Débilité congénitale.....	8
Infection cutanée	5
Diphtérie	4
Troubles digestifs	1
Melœna du nouveau-né	1

BILLARD NOVEMBRE 1929-NOVEMBRE 1930

Nombre d'enfants existant en novembre 1929 : 34.

Mois	Entrants	Décès
existant en salle	34	
Novembre	23	2
Décembre	36	3
Janvier 1930	32	2
Février	39	4
Mars	33	5
Avril	28	5
Mai	33	7
Juin	26	1
Juillet	25	3
Août	28	7
Septembre	22	1
Octobre	28	4
	387	44

+ 7 morts avant 48 heures de séjour.

Pourcentage : 44 décès sur 387 11,3 %

En tenant compte des décès des deux premiers jours 13,1 %

DÉTAIL DES DÉCÈS

Infections pulmonaires	12
Diarrhées graves	5
Syphilis	4
Tuberculose	4
Débilité congénitale	12
Diphtérie	1
Troubles digestifs	6

STATISTIQUE GLOBALE DES DÉCÈS
DES DEUX NOURRICERIES DE NOVEMBRE 1928
A NOVEMBRE 1930

Nombre d'enfants soignés pendant ces deux ans	1.461
Nombre total de décès	177
Nombre de décès d'enfants ayant séjourné plus de 48 heures	146

On voit donc que 10 % des enfants, dans l'ensemble, sont morts en nourricerie, si l'on ne tient pas compte des décès du jour de l'entrée ou du lendemain.

La proportion s'élève à 12,1 % si l'on tient compte de ces morts précoces.

Nous avons essayé de comparer, pour chaque maladie, le nombre de décès au nombre total d'enfants soignés. Les causes de mort sont naturellement, dans les tableaux qui suivent, un peu trop nettement spécifiées. Il est évident que bon nombre de broncho-pneumonies sont survenues chez des débiles ou des syphilitiques, de même pour les infections intestinales. Mais il nous a été impossible de ne pas tenir compte des syndromes terminaux dans cette classification.

Notre travail nous a été grandement facilité par la complaisance et la bonne grâce des surveillantes des nourriceries, Mlle Le Goff et Mme Meynardon. Qu'elles nous permettent de les en remercier ici.

PARROT 1928-1929

Nature de la Maladie	Nombre d'enfants soignés	Décès
Diarrhées graves	15	4
Troubles digestifs	37	3
Hypothrophies et hypothrepsies .	35	0
Eczéma	3	0
Rachitisme grave	11	1
Débilité (1)	154	4
Broncho-pneumonies	14	7
Affections pulmonaires diverses ..	55	0
Syphilis	31	4
Tuberculose	12	6
Otites	23	1
Infections cutanées	55	3

(1) Le petit nombre apparent de décès chez les débiles s'explique par le fait que, chaque fois qu'une autre cause de décès a pu être mise en évidence chez eux (syphilis, broncho-pneumonie, etc.) ils ont été classés dans cette catégorie:

PARROT 1929-1930

Nature de la Maladie	Nombre d'enfants soignés	Décès
Diarrhées graves et troubles digestifs	27	3
Hypotrophies	24	0
Rachitisme grave	6	0
Rougeole	3	1
Infections cutanées	32	2
Otites, infections rhino-pharyngées..	18	0
Débilité congénitale	82	1
Infections pulmonaires diverses	37	1
Broncho-pneumonies	25	12
Syphilis	11	0
Tuberculose	5	2

BILLARD 1928-1929

Nature de la Maladie	Nombre d'enfants soignés	Décès
Diarrhées graves et troubles digestifs	15	9
Hypotrophies	16	0
Débiles	96	8
Broncho-pneumonies	19	12
Syphilis	29	4
Tuberculose	7	2

BILLARD 1929-1930

Nature de la Maladie	Nombre d'enfants soignés	Décès
Diarrhées graves	3	2
Troubles digestifs	22	3
Hypotrophies	30	0
Débilité congénitale	75	2
Broncho-pneumonies (1)	19	13
Infections cutanées	38	0
Syphilis	12	0
Tuberculose	5	2

-
- (1) Les 13 décès de broncho-pneumonie comportent :
 4 broncho-pneumonies chez les débiles,
 1 broncho-pneumonie chez un syphilitique.

Ces listes de décès appellent quelques réflexions : remarquons la constance relative du pourcentage de décès par rapport au nombre total d'entrants. En faisant abstraction des entrants de moins de 48 heures, la mortalité a été, au cours de ces deux années, de 8,9 et 9,7 % à Parrot. A la nourricerie Billard, de 9,7 % également en 1929, le pourcentage s'élève à 11,3 en 1930. Pourtant, les conditions hygiéniques semblent meilleures à Billard, où les enfants sont séparés par groupes de trois en petits boxes vitrés.

Cette différence de mortalité n'est d'ailleurs qu'une apparence; elle tient à l'existence à Billard d'un pavillon d'isolement où sont admis quelques grands malades, douteux ou contagieux, que l'on n'aurait pas pris en salle commune à Parrot. Ce pavillon d'isolement n'existe à Parrot que depuis quelques semaines à peine (1931).

Nous allons reprendre tous ces cas pour étudier ceux, malheureusement encore bien nombreux, qui semblent dus à l'hospitalisation des enfants dans les nourriceries.

Il est d'abord des décès sur lesquels on ne pouvait vraisemblablement rien :

par exemple à Parrot :

un branchiome;

une coqueluche grave chez un nourrisson;

une méningite otitique;

deux malformations congénitales presque incompatibles avec la vie ;

un melœna du nouveau-né, entré mourant.

A Billard : cinq diarrhées graves cholériformes entrées dans un état très grave avec un facies toxique et des téguments déshydratés.

Ces six derniers cas ont été prolongés quelques jours, mais devaient succomber étant donné leur état désespéré à l'entrée.

Reprenons les autres causes de décès.

LA TUBERCULOSE.

Les douze décès par tuberculose ne sont pas pour nous étonner, on sait l'extrême gravité de la tuberculose du nourrisson. C'est déjà un beau résultat de n'avoir eu à Parrot que huit décès sur dix-sept tuberculeux, à Billard six décès sur douze nourrissons tuberculeux ayant séjourné à la nourricerie.

Il est vrai que notre enquête à ce point de vue est incomplète. Beaucoup de survivants ont été envoyés à la campagne et n'ont pu être suffisamment suivis après leur sortie de la nourricerie. Et d'autre part, même pour ceux qui sont vivants actuellement, il n'y a pas encore assez de recul pour qu'on puisse parler de guérison.

LA SYPHILIS.

Il y a eu douze décès chez les syphilitiques. Ce chiffre paraît important; il l'est moins en réalité au regard du grand nombre de petits syphilitiques hospitalisés et traités. Il y a eu en deux ans 83 enfants reconnus syphilitiques et traités dans les deux nourriceries. Les douze décès donnent donc comme proportion 14,4 %.

Cette mortalité de 14,4 % est intéressante à comparer à celle de la statistique de Nicolle en 1891 chez les hérédo-syphilitiques aux Enfants-Assistés : 80 % environ.

Très souvent, la mort de ces enfants est due à des manifestations infectieuses surajoutées : broncho-pneumonies, infection digestive.

LES BRONCHO-PNEUMONIES.

Les broncho-pneumonies ont été la plus grosse cause de mortalité. Les infections pulmonaires — comportant 9/10 de broncho-pneumonies — sont responsables de 20 morts sur les 57 décès observés en deux ans à Parrot, 24 sur les 81 de Billard.

Un groupement s'impose cependant parmi ces infections pulmonaires graves. Quelques enfants sont entrés à la nourricerie déjà porteurs d'un foyer dont ils sont morts ultérieurement. D'autres, au contraire, entrés pour une autre cause, ont présenté au cours de leur

séjour à la nourricerie des phénomènes pulmonaires, et c'est sur ces cas surtout que la prophylaxie doit pouvoir agir.

Prenons quelques exemples :

L. Robert entre en novembre 1928 à l'âge d'une semaine. C'est un nouveau-né syphilitique, à grosses lésions. Néanmoins, le traitement qu'on lui fait suivre d'emblée paraît permettre à l'enfant de vivre. Mais il fait au bout de peu de temps une élévation thermique, un foyer pulmonaire, et meurt le 9 décembre de sa broncho-pneumonie.

K. Jean entré en décembre 1928 pour une paralysie obstétricale, meurt d'une broncho-pneumonie le 15 janvier.

F. César, entré en août 1928 pour un abcès du pied, meurt le 4 septembre d'une broncho-pneumonie.

Donc, sur les 7 décès par broncho-pneumonie survenus à Parrot de novembre 1928 à novembre 1929, trois au moins semblent pouvoir être imputés au séjour de l'enfant en nourricerie.

E. Raymonde est un débile entré à l'âge de un jour, pesant 2.340 grammes. A force de soins, on parvient à l'élever jusqu'à trois mois, triomphant d'accidents multiples : deux érysipèles, un abcès. Mais le 26 janvier, elle meurt de broncho-pneumonie.

M. Eugène est un débile porteur d'un bec-de-lièvre gênant l'alimentation. On le maintient trois mois dans un état de bonne santé relative, bien que sa croissance

soit nettement insuffisante. Il est mort en février trois mois après l'entrée.

B. Lucien, F. Christiane sont deux débiles qui sont morts à deux et trois mois, après avoir longtemps séjourné dans la nourricerie, d'une de ces broncho-pneumonies torpides et apyrétiques qu'on constate souvent chez les débiles.

Tous ces enfants ont été soignés à Parrot. A Billard nous pourrions citer également de multiples exemples :

Ch. Jacques, né le 24 novembre, entre à Billard le 1^{er} décembre 1928 pour débilité légère. Il pèse 2.900 grammes, présente une rate accessible. Broncho terminale.

L. Raymond, né le 2 décembre 1928, entre à Billard le 13 décembre pour débilité. Il pèse 2.400 gr. malgré une taille de 49 cm., il ne présente comme autre signe pathologique qu'un érythème assez étendu. Le 14 février, une chute de poids importante se dessine, et il meurt le 26 février ayant présenté un foyer pulmonaire, un érysipèle; et du bacille diphtérique a été trouvé par ensemencement du mucus nasal.

J. Sarah est un débile porteur d'une malformation importante : bec-de-lièvre avec disparition de la cloison nasale, absence de saillie du nez; elle entre à Billard à trois semaines le 4 février. Croissance satisfaisante jusqu'au 21 mars, où l'on constate une élévation thermique à 38°, des râles humides à l'auscultation. Mort le 17 avril.

G. René, débile pesant 2.480 grammes, entré le 13 mai avec un coryza. Le 3 juin, on constate quelques râles à une base, sans fièvre. Le 7 juin, la fièvre est élevée, le poids baisse et la mort survient le 13 juin. On trouve un foyer pulmonaire à l'autopsie.

M. Jacques, né le 15 mars 1929, 3.350 grammes, entre à Billard à deux jours, porteur d'un bec-de-lièvre avec division totale du voile. Il reste en bonne santé jusqu'en août.

Le 17 août, il fait une bronchite.

Le 17 octobre, un érysipèle de la région scapulaire.

Le 3 février seulement, après onze mois de séjour dans la nourricerie, on constate un petit foyer pulmonaire à la base droite, dont il meurt en quelques jours.

Remarquons à propos de ces observations que parmi nos débiles, et c'est là un fait connu, ce sont ceux qui sont porteurs de malformations et en particulier de bec-de-lièvre, qui paient le plus lourd tribut aux broncho-pneumonies, malgré les précautions spéciales prises pour l'alimentation de ces enfants.

Sur ces broncho-pneumonies, beaucoup de médications ont été essayées; elles ont donné, comme tous les traitements des broncho-pneumonies, des résultats bien inégaux. Notons l'échec, dans nos pavillons, de la vaccination préventive des broncho-pneumonies chez les nourrissons. Cependant, on ne peut nier une diminution de la mortalité, puisque, comme nous le verrons plus loin,

la mortalité globale de nos broncho-pneumonies n'a pas excédé 50 %.

Nous citons la statistique des cas de broncho-pneumonie relevés pendant ces deux ans par notre maître le Professeur Lereboullet :

à Parrot 22 cas 11 décès

à Billard 23 cas 10 décès

Ces cas se répartissent ainsi à Parrot :

6 décès à l'âge de un mois,

2 décès à l'âge de 3 mois,

1 décès à l'âge de 5 mois 1/2,

1 décès à l'âge de 7 mois,

1 décès à l'âge de 10 mois.

A Billard, sur les 10 décès, 4 comportent une débilité importante : moins de 2 kilogrammes — 1500 — 1.700 — 1.800 et 1.860 grammes; un âgé de deux mois pèse 2.380 grammes et deux autres, pesant un poids normal, n'ont qu'un et deux mois.

On voit donc que ces broncho-pneumonies sont surtout mortelles chez les débiles et les enfants très jeunes.

Il semble que plusieurs de ces broncho-pneumonies mortelles soient imputables à l'hospitalisation et à la contagion. Il faudrait pouvoir isoler dès le début toute bronchite, tout coryza, toute élévation thermique inexpiquée, afin de diminuer les contagions hospitalières. Il faudrait, à plus forte raison, isoler toutes les broncho-pneumonies déclarées. C'est ce que l'on s'efforce de

faire aux Enfants-Assistés, mais d'une manière forcément incomplète, en raison de la petitesse des locaux où peut se faire cet isolement.

LES DÉBILES.

Les soins dévoués apportés aux débiles dans les nourriceries permettent à un grand nombre de ces enfants de vivre alors que, même restés dans leur famille, ils seraient probablement morts avant d'avoir atteint leurs 3 kilogrammes.

Tous les débiles pesant moins de 2 k. 500 ont du lait de femme; pratiquement tous les débiles en reçoivent lorsqu'on n'en manque pas. Et nous insisterons sur l'immense progrès que représente l'allaitement de ces enfants tel qu'il est pratiqué dans les nourriceries : depuis 1924, les enfants ne sont plus jamais mis au sein, les nourrices recueillant leur lait dans des récipients stériles. Le nombre des nourrices quoique encore insuffisant, représente cependant un progrès sensible : il y a six nourrices au sein dans chaque nourricerie; de plus six à la crèche réservant en principe leur lait aux nourrissons bien portants. Mais les nourrices de la crèche peuvent entrer en ligne de compte, car bien souvent elles fournissent du lait, quand on en manque, aux débiles des nourriceries.

Cette organisation est d'ailleurs décrite tout au long dans la thèse de M. Venizelos, contemporaine de ce

travail, et nous n'insistons pas sur ce sujet. Depuis que tous les débiles, tous les enfants qui ne se développent pas, ont du lait de femme, l'athrepsie a disparu des Enfants-Assistés.

La mortalité reste grande chez ces débiles en raison surtout des dangers d'infection. Delestre a montré combien les prématurés débiles sont sensibles à toutes les infections, et surtout à l'infection respiratoire à laquelle ils succombent souvent ; il a bien étudié les caractères de ces broncho-pneumonies silencieuses des prématurés, broncho-pneumonies dont la preuve n'est souvent faite qu'à l'autopsie, parfois même après examen histologique.

LA DIPHTÉRIE.

La diphtérie causait encore jusqu'en 1929 un assez grand nombre de décès dans les nourriceries. M. le Professeur Marfan et ses élèves Chevalley et Samsoen ont à maintes reprises insisté sur ce facteur de mortalité des tout-petits. Sans développer ce sujet, nous pouvons rappeler que M. Chevalley, en réunissant les observations de 100 nourrissons porteurs de germes diphtériques, et en cherchant ce qu'ils étaient devenus, a relevé l'énorme mortalité de 56 %. Le nombre des porteurs de germes, avec ou sans coryza d'apparence banale, s'est montré très élevé ces dernières années. L'instillation de collargol ou d'huile goménolée telle qu'elle était

pratiquée n'amenait guère d'amélioration. Le sérum antidiphthérique restait impuissant à désinfecter le nasopharynx, et pratiquement, l'isolement de ces nourrissons ne pouvait être réalisé.

Depuis 1929, le professeur Lereboullet, et M. J.-J. Gournay ont cherché à réaliser une désinfection plus rapide du naso-pharynx des porteurs de germes. Ils y sont arrivés à l'aide des arsenicaux, et ont pu ainsi réaliser une prophylaxie efficace : tout nourrisson arrivant à l'hôpital estensemencé, tout porteur de germes est isolé, et ensuite désinfecté par instillation biquotidienne d'acétylarsan. Dans un délai qui le plus souvent n'excède pas une semaine, le nez est désinfecté, et l'enfant peut être remis en salle. La mortalité de ces nourrissons, vérifiée dans la thèse de Courtois (1930) n'a pas dépassé, pour plus de cent enfants suivis à cet égard, le chiffre de 7 %, soit un chiffre inférieur à la mortalité moyenne de nos nourrissons.

Nous n'avons retrouvé à Billard que cinq décès en deux ans chez des enfants qui présentaient du bacille diphtérique à l'ensemencement. Deux sont d'ailleurs morts en décembre 1928 avant l'emploi des arsenicaux.

LES TROUBLES DIGESTIFS.

Les troubles digestifs ont été très améliorés par l'emploi du lait de femme dans l'alimentation des débiles et des hypothyroïdiques.

Il est à noter deux faits :

D'une part, l'athrepsie a disparu de nos services, et nous reviendrons sur ce fait.

D'autre part, les cas de choléra infantile sont bien moins nombreux ; il ne s'en déclare presque plus dans nos salles, et ceux que l'on soigne sont en général entrés à l'hôpital pour leur diarrhée grave.

LES INFECTIONS CUTANÉES.

Les infections cutanées sont très nombreuses, il en a été soigné 87 à Parrot et à Billard.

Il y a très peu de décès.

G. Maurice, entré à quinze jours pour débilité simple, meurt d'un érysipèle grave avec érysipèle interne.

H. Jeanne est entrée avec une ulcération infectée du coude qui a été le point de départ probable d'une septicémie.

Les cas d'eczéma du nourrisson traités ne sont pas nombreux, nous en avons relevé cinq cas. Peut-être y en a-t-il eu d'autres étiquetés érythèmes ou pyodermes ? On sait combien ces enfants sont fragiles, exposés à la mort subite. Nous n'avons pas eu de décès chez nos eczémateux. Notre maître le Professeur Lereboullet insiste sur la nécessité de l'aération constante des pavillons. Lorsque le temps le permet, tous les berceaux de la nourricerie Parrot, qui ne comporte qu'un rez-de-chaussée, sont transportés dehors, dans un parc ombragé.

Et les eczémas surtout sont à ce point de vue l'objet d'un soin constant, ils sont promenés au jardin aussi souvent que possible, ou maintenus au pavillon dans un air constamment renouvelé.

C'est peut-être à ce fait que l'on doit le peu de mortalité des eczémas du nourrisson aux Enfants-Assistés (1).

LES MALADIES ÉRUPTIVES.

Les maladies éruptives sont rares chez des nourrissons si jeunes.

Cependant nous avons eu trois cas de rougeole, à Parrot, avec un décès. L'enfant n'est pas mort à la nourricerie, mais aux douteux, où il a été immédiatement dirigé, avant même que le diagnostic soit certain.

Il y a eu de plus un décès par coqueluche.

Mais il est à noter que grâce à l'isolement précoce, il n'y a eu dans le pavillon, ni épidémie de rougeole, ni épidémie de coqueluche.

A l'opposé de tous les cas malheureux que nous venons d'étudier, nous citerons au moins un exemple —

(1) Un cas de mort subite chez un eczémateux a d'ailleurs été observé pendant la même période au pavillon Pasteur. Mais l'enfant était en chambre fermée avec sa mère, et la chaleur sèche montant à 27° la nuit a peut-être joué un rôle dans cette mort subite.

il y en a beaucoup — d'enfant ayant séjourné longtemps à l'hôpital sans en mourir!

S. Michel entre à Billard le 25 novembre 1929, à onze jours, pour paralysie des deux membres supérieurs.

Il présente en outre une grosse rate, et la réaction de Bordet-Wassermann se montre positive.

Sous la double influence du traitement électrique et du traitement antisypilitique, la paralysie s'améliore peu à peu.

L'enfant est resté onze mois à l'hôpital. Au cours de ce long séjour, il a eu une broncho-pneumonie qui a guéri. Il est sorti le 20 octobre 1930 très amélioré, en excellent état.

Il a été revu ces derniers jours en bonne santé.

Voilà donc un nourrisson syphilitique ayant vécu à la nourricerie de onze jours à onze mois et demi. De nombreux exemples analogues prouvent que l'ancienne boutade de Nobécourt : « il n'y a rien à faire pour sauver le nourrisson dans l'état actuel de l'hôpital, on ne devrait pas même l'y recevoir » n'est plus de mise.

Nous avons vu quelles sont les grandes causes de mortalité dans les nourriceries : au premier plan, les broncho-pneumonies et infections pulmonaires graves qui causent 30 % des décès, puis les troubles digestifs, responsables de 20 % des décès.

Voici d'ailleurs un pourcentage des 146 décès que nous avons étudiés :

Infections pulmonaires	30,1 %
Troubles digestifs	20 %
dont diarrhées graves	12,3 %
Débilité congénitale	17,1 %
Tuberculose	8,2 %
Syphilis	7,5 %
Infection cutanée et suppurations ..	5,4 %

DÉDUCTIONS PROPHYLACTIQUES

Parmi toutes ces causes de décès, nous avons vu celles sur lesquelles on ne peut rien, c'est l'exception. Il en est d'autres sur lesquelles on peut agir, et nous reprendrons, pour classer les principales causes de mort des nourrissons, avec le Professeur Lereboullet, la division du Professeur Mouriquand.

L'enfant est exposé pendant le cours de sa première année à trois périls :

- le péril obstétrical;
- le péril alimentaire;
- le péril infectieux.

Le péril obstétrical est certainement très important.

Un certain nombre d'enfants arrive dans nos nourriceries dans un état de débilité tel qu'il est parfois impossible de les faire vivre, et c'est là bien souvent le

résultat de mauvaises conditions de vie de la mère pendant la gestation.

Comme l'a dit le Professeur Couvelaire « l'effort ante-natal doit être aussi systématique que l'effort post-natal ». Il est important d'améliorer l'existence de la mère pendant la grossesse, d'améliorer les conditions mêmes de l'accouchement. On aura ainsi moins de malformations, moins de prématurés, moins de débiles.

Nous luttons indirectement contre ce péril en organisant mieux les nourriceries de débiles, et en assurant le développement de ces enfants par une hygiène et une alimentation appropriées. Nous ne pouvons évidemment rien contre les malformations et les troubles nerveux liés à l'accouchement.

Ce sont surtout les deux autres grandes causes de mortalité qui ont concentré tous les efforts de lutte pendant ces deux années.

Le péril alimentaire a été très étudié, et des mesures efficaces ont été prises. Nous avons déjà insisté sur les immenses avantages de l'allaitement au lait de femme des débiles et des grands malades.

On a vu ainsi, comme le montre M. Venizelos dans sa thèse, l'athrepsie disparaître de nos services. « C'est dans cet hospice, dit notre maître le Professeur Lereboullet, que le Professeur Parrot a poursuivi ses recherches et a isolé et décrit l'athrepsie. Je vous ai montré quelques hypothrepsiques assez caractéristiques, mais lorsque j'ai fait des leçons sur l'athrepsie, je n'ai pas pu

vous présenter autrement que sur des photographies des exemples absolument typiques. Car pratiquement, nous n'en voyons plus depuis que nous avons, grâce à l'organisation établie par mon prédécesseur M. Marfan, assez de lait de femme pour l'alimentation de nos débiles ».

Pour les enfants qui ne peuvent être mis au lait de femme, la qualité, la fraîcheur du lait ont été améliorés. Le lait est stérilisé aussi tôt que possible, cinq heures après la traite : « Le lait que nous donnons à nos enfants est un lait d'une grande firme laitière, qui ne nous arrive que vingt-quatre heures après la traite, c'est-à-dire souvent trop tard pour être efficacement stérilisé. En été, il est livré souvent trop acide, il tourne et ne peut être bien stérilisé. Emus de cette situation, nous avons cherché si nous pouvions y remédier pour nos nourrissons. Nous avons pu, grâce à une importante laiterie du voisinage, arriver à avoir régulièrement du lait cinq heures après la traite : trait dans la nuit à trois heures dans les environs de Paris, il nous arrive vers huit heures et peut être stérilisé dans de bonnes conditions. La conclusion, qui a sa valeur, est que l'année dernière, nous n'avons pas eu un seul cas de choléra infantile ou de diarrhée d'été un peu grave dans nos salles des Enfants-Assistés. Les seuls que nous ayons constatés sont venus du dehors ». (P^r Lereboullet, *Paris-Médical*).

Il est fait largement usage de babeurre dans les régimes de transition.

Les bouillies sont faites avec le plus grand soin, variées autant que possible, et préparées selon les méthodes récemment conseillées. A cet égard toutefois, il faut tenir compte de certaines difficultés hospitalières, le personnel n'étant pas assez nombreux pour préparer, individuellement, toutes les bouillies variées qui seraient parfois utiles. Il serait souhaitable que chaque nourricerie ait une cuisine de régimes, avec un personnel spécial pouvant préparer pour chaque enfant exactement le régime prescrit.

Le péril infectieux reste au tout premier plan. Le nourrisson, le nouveau-né sont exposés à toutes les infections respiratoires, digestives, cutanées, sans préjuger du microbe en cause.

On sait que le nourrisson très jeune, quoique immunisé contre certaines causes d'infection, résiste mal à toutes les autres.

Voyons ce qui a été fait.

Contre l'infection respiratoire, on a essayé dans la mesure du possible d'isoler les enfants. Un petit pavillon d'isolement existait à Billard, il y en a maintenant un à Parrot. Quoique limités à un très petit nombre de lits, ils constituent un progrès. Mais il reste beaucoup à faire dans ce sens. Il faudrait que les enfants soient moins rapprochés. Peut-être n'est-il pas nécessaire d'avoir pour tous les nourrissons un isolement individuel, mais au moins par boxes de trois comme il est pratiqué aujourd'hui dans toute la nourricerie Billard. Cet iso-

lement relatif suppose d'ailleurs qu'on puisse immédiatement mettre en isolement strict, non seulement tout suspect (cela est déjà fait en pratique), mais tout enfant présentant une élévation de température anormale, tout coryza (1).

On lutte contre l'infection cutanée par les moyens habituels : la désinfection de toute excoriation des téguments, les changes fréquents, les soins aseptiques de la plaie ombilicale, sont de règle dans les nourriceries.

Nous avons dit que l'emploi du lait, stérilisé très peu de temps après la traite, avait presque supprimé chez nos enfants le syndrome du choléra infantile.

Insistons sur les trois termes de la lutte contre la diphtérie : dépistage, isolement, désinfection par les arsenicaux, des porteurs de germes.

Parallèlement, au centre d'adaptation à l'allaitement d'Antony, actuellement sous la surveillance des Docteurs Bohn et Baudront, la mortalité qui était de plus de 20 % en 1928, est tombée à 3 %. Cette amélioration semble en grande partie le fait de cette disparition de la morbidité diphtérique qui a entraîné une diminution de la morbidité générale.

Contre la tuberculose, il y a peu de progrès réalisés. Chaque fois que les enfants sont entrés assez jeunes et assez bien portants, du B. C. G. leur a été donné en

(1) Le port de masques pour les infirmières est également souhaitable, dans le but d'éviter la propagation aux nourrissons des coryzas saisonniers; il s'impose surtout en temps d'épidémie de grippe.

ingestion. Il serait intéressant de faire la vaccination sous-cutanée à ceux qui arrivent plus tard.

Les enfants tuberculeux sont, à leur sortie de la nourricerie, envoyés en placement à la campagne. Ici une amélioration s'imposerait, car il existe une grave lacune : on ne sait où placer les enfants de deux à cinq ans. Il n'y a pas de formation spéciale pour eux, sans doute en raison des grosses difficultés d'élevage en commun, à cet âge qui est celui des infections contagieuses.

La lutte contre la syphilis est organisée dans nos nourriceries à la façon habituelle. Beaucoup de traitements antisiphilitiques y sont commencés, en attendant que les enfants, ramenés à un état de croissance satisfaisant, puissent être envoyés dans le service spécial d'Antony.

On se base beaucoup moins sur la réaction de Wassermann, souvent négative, que sur un ensemble d'impressions cliniques.

Nous résumerons le plus important de la lutte contre la mortalité dans les nourriceries en rappelant que les deux termes essentiels en sont :

l'alimentation au lait de femme des débiles et des grands malades ;

l'isolement de tout suspect.

Il est évident qu'élever en commun des nourrissons

malades représente un pis-aller, un risque de mort important. Mais puisqu'on est forcé d'envisager cette solution pour les nourrissons abandonnés, il ne faut pas désespérer. Sous l'effort de chacun, avec la collaboration si rarement réalisée, mais parfaite aux Enfants-Assistés, de l'organisation médicale et de l'administration de l'hospice, les risques diminuent d'année en année. Ce n'est plus la « maison funeste » dont parlait encore Mesureur; c'est l'achèvement progressif de l'œuvre de saint Vincent de Paul.

Nous ajoutons la statistique officielle de mortalité dans les nourriceries des Enfants-Assistés de 1919 à 1930.

STATISTIQUE OFFICIELLE

PARROT

Années	Nombre d'enfants soignés	Nombre de décès	Proportion %
1919	700	236	33,7
1920	428	142	33,1
1921	388	72	18,5
1922	378	111	29,5
1923	410	133	32,4
1924	363	69	19
1925	320	46	14,3
1926	290	68	23
1927	383	64	16,7
1928	435	71	16
1929	316	37	11,7
1930	307	33	10,7

BILLARD

Années	Nombre d'enfants soignés	Nombre de décès	Proportion %
1919	450	296	65,7
1920	741	433	58,4
1921	701	288	41,08
1922	547	215	39,3
1923	457	138	30,1
1924	418	93	22
1925	534	86	16
1926	573	99	17
1927	465	62	13,3
1928	519	81	15
1929	462	48	10,3
1930	391	49	12,5

CONCLUSIONS

1) L'étude de la mortalité dans les nourriceries de l'hospice des Enfants-Assistés (Clinique Parrot), montre combien il est possible d'abaisser par des mesures hygiéniques appropriées, la mortalité des tout-petits.

La mortalité d'ensemble des nourrissons au-dessous d'un an n'excède par 5 %. La mortalité de ceux qui sont hospitalisés, parfois pendant de longs mois, dans les nourriceries Billard et Parrot, reste depuis deux ans autour de 10 %, alors qu'il y a dix ans elle atteignait et dépassait 50 %. Si abaissée qu'elle soit, on peut espérer réduire encore la mortalité actuelle, ainsi qu'il ressort de notre étude des décès survenus pendant ces deux ans.

2) L'analyse des causes de mort montre en effet que si un bon nombre sont indépendantes de l'hospitalisation, d'autres sont liées à des causes alimentaires ou infectieuses qu'une bonne prophylaxie permet d'éviter.

3) *Le péril obstétrical*, responsable de l'afflux d'un grand nombre de débiles dans ces nourriceries, ne peut être envisagé ici, mais *le péril alimentaire* semble pou-

voir être en grande partie conjuré par l'emploi régulier du lait de femme, du babeurre, et du lait de vache bien recueilli et bien stérilisé.

La disparition de l'athrepsie, la rareté du choléra infantile, semblent la conséquence de cette amélioration de l'alimentation.

Le péril infectieux reste le plus difficile à supprimer. Toutefois, sans parler de la lutte contre la syphilis qui reste capitale, la lutte contre les infections respiratoires et digestives peut être entreprise d'une manière plus énergique et efficace. Celle contre la diphtérie donne, par le dépistage, l'isolement et la désinfection des nourrissons porteurs de germes, des résultats évidents.

Les mesures d'isolement systématique des nourrissons, dès l'apparition du moindre trouble, ont également une influence heureuse sur la mortalité et peuvent être améliorées encore.

4) L'élevage en commun des nourrissons malades peut et doit donc, avec une organisation suffisante, un personnel nombreux et compétent, des règles bien établies, donner des résultats vraiment encourageants.

Vu le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu le Président,
P. LEREBoullet.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAIZE. — *Le traitement des hypotrophies de la première enfance*. Thèse Paris, 1931.
- Blanche EDWARDS. — *La nourricerie des Enfants-Assistés*. Tribune médicale, 9 octobre 1890.
- COBILOVICI. — *Contribution à l'étude des infections ombilicales chez le nouveau-né*. Thèse Paris, 1893.
- COURTOIS. — *Le traitement des nourrissons porteurs de germes diphtériques par le novarsénobenzol et la gonacrine*. Thèse Paris. 1930.
- DELESTRE. — *Les infections chez le prématuré*. Thèse Paris, 1901.
- DESESSARTZ. — *Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas âge (1760)*.
- HUTINEL (Prof. V.). — *Traité des maladies des enfants*.
- Marcel LABBÉ. — *La broncho-pneumonie hémorragique du nouveau-né*. Bulletin de la Société anatomique (janvier 1899).

- LEREBOULLET (Prof. P.). — *Les enfants trouvés et l'hospice des Enfants Assistés*. Paris-Médical, 2 décembre 1911. Science médicale pratique, 1929.
- *Leçon inaugurale*.
 - *La lutte contre la mortalité infantile à l'hospice des Enfants-Assistés*. Paris-Médical, 15 nov. 1930.
 - *Communication au Comité national d'études sociales et politiques*, mai 1930.
 - *Les pouponnières et l'enseignement de la puériculture*. Paris-Médical, 7 novembre 1925.
 - *Stérilisation du naso-pharynx des nourrissons porteurs de germes diphtériques*. Congrès français de médecine de Montpellier, 1929.
- LEREBOULLET et GOURNAY. — *Note sur la désinfection des nourrissons porteurs de germes diphtériques*. Science médicale pratique, 1^{er} décembre 1929.
- MARFAN (Prof. A.). — *Enseignement de l'hygiène et des maladies du nourrisson dans les facultés de médecine*. Presse médicale, 7 septembre 1911.
- *Communication à la Société de pédiatrie*, 20 mai 1913.
 - *Plan général de prophylaxie des maladies contagieuses dans les agglomérations de nourrissons*. Le nourrisson, juillet 1914.
- MOUQUOT. — *Organisation de l'élevage des enfants débiles à l'hospice des Enfants-Assistés*. Thèse de Paris, 1920.

NICOLLE. — *La nourricerie des Enfants-Assistés.*

Thèse de Paris, 1891.

PARROT. — *Communication à l'Académie de Médecine en juillet 1882.*

RAULIN. — *De la conservation des enfants (1769).*

VENIZELOS. — *La disparition de l'athrepsie aux Enfants-Assistés.* Thèse Paris, 1931.

WINS. — *L'allaitement à la nourricerie des Enfants-Assistés.* Thèse Paris, 1885.

Rapports officiels de l'Assistance publique.



LES IMPRIMERIES ASSOCIÉES
36, RUE GODOT-DE-MAUROY
PARIS-IX^e



